

一ヶ月毎に入院・入院外別に申請してください。

## 川越市乳幼児医療費支給申請書

平成18年 7月19日

川越市長様

申請者 { 住所  
氏名  
(電話 )

乳 幼 児	受給者番号	1	加入医療保険	保険者番号	0111	※ 医 療 費 区 分	1	証	明	
	フリガナ	テスト乳児社	名称	小樽社会保険事務所			2	領収明細書		
	氏名	テスト乳児社	世帯主・被保険者 組合員の氏名	テスト乳児社			23	養育医療費 其他更生医 療士の療費 負担費		
	生年月日	平成17年 1月 1日	市町村民税の状況	課税・非課税			3 4 5 6 7 8			

(注) 上部申請書欄は、申請者が記入してください。

### 領 収 書

診療科 \_\_\_\_\_

保険診療一部負担金 ¥ 790 (ただし、入院時食事療養の標準負担額を除く。)

診療年月	入院	入院外	診療実日数			医療機関コード
18年 7月	1	②	1	▼		1234567

保険診療 総点数	397	他法分点数 結核予防法等	
-------------	-----	-----------------	--

入院時食事療養標準負担額  
¥ \_\_\_\_\_ (算定日数 日)

平成18年 7月19日

テスト乳児社 様 医療機関等 { 所在地 東京都文京区本駒込2-28-16  
名称 医療法人 オルカ医院  
氏名 オルカ

印

注  
1 他法分点数欄には、公費分点数(結核予防法、精神衛生法等)がある場合に再掲でその点数を記入してください。  
2 点数で記入できない場合は、金額で記入してください。(この場合は必ず円と記入してください。)  
3 総合病院の場合は診療科ごとに記入してください。(右上に診療科を記入してください。)

※決定欄 $\left( \frac{\text{総医療費}}{10} = \right)$	-	$\left( \text{高額療養費} + \text{附加給付額} \right)$	=	支給額	
				_____ 円	No. _____

※欄は記入しないでください。